

---

# DOCUMENTO DE DISCUSION, REFERENCIA O ESTRATEGIA PARA LA SALUD (Segunda Parte)

---

Prof. Dr. Edgardo A. Marecos

## CONTEXTO UNIVERSITARIO

**La formación profesional debe ser la que la sociedad necesita**

Desde años atrás la **Facultad de Medicina**, acorde con sus propios objetivos y los de la **Universidad Nacional del Nordeste**, ha afirmado en los hechos su compromiso con la sociedad generando propuestas y propiciando el cambio de perfil profesional que nuestra región y provincia requieren.

En este sentido se han venido realizando durante los últimos años modificaciones básicas, se ha terminado la auto evaluación, está en plena ejecución de evaluación externa con la Universidad Autónoma de México uno de los árbitros autorizados por la OMS. , se esta modificando la currícula, bodos estos hechos son imprescindibles para los cambios a implementar.

En la Facultad de Medicina está, en el mediano y largo plazo, la llave para el **cambio del sistema de creencias que se necesita para las reformas estructurales del sistema de salud.**

Como una opción valida **en el corto y mediano plazo** existe una amplia oferta de  **cursos y carreras de postgrado** de temas disciplinarios y no estrictamente disciplinarios pero íntimamente relacionados con las exigencias actuales, tales como son los de capacitación en la conducción del aprendizaje, educación para la salud, gestión administrativa, auditoria de calidad, etc.

**Salud Publica** (la nueva salud publica)

Es habitual **confundir los términos y lo público no es la excepción.** Se confunde habitualmente con estatal, conviene entonces, puntualizar que **público significa ámbito de interés compartido por la sociedad, de un interés privilegiado, prioritario y primordial que debido a su propia índole requiere mayor intervención del estado pero de que ninguna manera presupone que este es el protagonista excluyente(A Neri).**

En general los ministerios de Salud Pública están desvinculados de los otros componentes primarios del sector salud, Durante los últimos años se realizaron acciones tendientes a la descentralización de los hospitales y servicios de atención primaria, como una manera de mejorar la gestión y atención en los diferentes centros.

En realidad, no tenemos datos para emitir un juicio de que significado se da a descentralizar y el impacto que la misma a generado, pe-

ro un conflicto potencial importante es que los centros de atención primaria y otros servicios no se adhieren a la misma política y objetivos por depender de distintas estructuras de gobierno.

**Zona de riesgo no comprender que realmente significa de la descentralización.**

## REALIDAD DEL SECTOR

La salud, como es fácil prever, tiene una realidad nacional muy heterogénea, pero si bien cada provincia tiene sus propios problemas, en líneas generales ellos son muy parecidos. Aparenta casi siempre existir a nivel del gobierno nacional la intención de producir modificaciones importantes dentro de la seguridad social.

Nuestro país aporta menos a la salud proporcionalmente que los EEUU, solo un 23 % contra un 50% que hace este último. En la Argentina casi el 80% depende de los aportes de las obras sociales, las prepagas y las mutuales en consideración que ellos son aportes privados.

La Capital Federal tiene una realidad totalmente distinta al resto del país, representa cerca del 45 % del total del gasto privado en salud y se la considera por sus indicadores de salud como parte del primer mundo. La zona norte del país, es decir nuestra zona, es la más castigada Chaco, Corrientes y Formosa están entre la provincias con los índices negativos mas altos.

La profunda crisis económica por la que pasa nuestro país se traduce lamentablemente en signos evidentes de desintegración de todas las instituciones, muchas de ellas con un grado de desprestigio como no era posible imaginar años atrás.

Pese al esfuerzo de muchos actores comprometidos con la sociedad el panorama futuro esta cargado de incertidumbre, lo cual alimenta el sálvese quien pueda, lo que agrava aun mas la situación.

La visión oficial no es ciega a esta situación tanto como para asumir al necesidad de decretar (decreto 48602) la Emergencia Sanitaria Nacional, habilitando la creación del Comité de Crisis de la Salud.

No escapa a todos los sectores que se necesitan urgentes medidas para sostener y mejorar el sistema consolidando la financiación y los modelos mas adecuados para la situación de crisis.

## SITUACION ACTUAL EN CORRIENTES DEL SECTOR PRIVADO Y DE LA ASISTENCIA SOCIAL

La atención privada dentro de la seguridad social incluye todas las clases sociales de la provincia y sus efectores son una realidad palpable a la que el estado supervisa periódicamente. El estado tiene un control del sector privado que no se compara con el que tienen en el sector que depende directamente del mismo.

### Seguridad social.

Los ingresos de las prestaciones demanda no menos de 100 días y se pagan impuestos por lo facturado no por lo cobrado. El Pami y las obras sociales provinciales son eternos deudores y existen deudores incobrables.

Las empresas de sector privado en su mayoría PyMES dan trabajo en forma directa e indirecta mas de 600. 000 personas en todo el país, pese a este rotulo de privado, los valores de las prestaciones son determinados oficialmente por las obras sociales a nivel nacional y provincial casi en su mayoría.

La seguridad social, en nuestra provincia tiene características estructurales y funcionales semejantes a la de todo el país, con las diferencias lógicas pero con idénticos problemas. El grupo poblacional que esta dentro de la seguridad social corresponde en su mayor parte al IOSCOR y el PAMI, los que al igual que el resto de las obras sociales y mutuales están en permanente situación de crisis financiera.

El aporte de los beneficiarios a las obras sociales es solidario, proporcional al sueldo, siguiendo en ese sentido el modelo alemán. Un pequeño grupo corresponde a prepagas como OSDE, Omint, Pastear etc. , en ellas el aporte es mas importante y voluntario. El numero de beneficiarios de las prepagas no es muy importante respecto al total en nuestra provincia.

El sector privado cubre casi toda la provincia, excluyendo la zona del alto Uruguay. Durante los últimos años este sector atendió y atiende el 80 % de la patología aguda.

El Ministerio de Salud Publica realiza el control de los servicios privados por intermedio de fiscalización sanitaria. Desde el punto de vista operativo las prestaciones del sector privado son controladas por la auditoria médica externa y en algunos prestadores por una auditoria interna propia.

La **fiscalización sanitaria de todos los sectores como la auditoria y gestión de calidad son importantes para evaluar el desempeño, el impacto y la relación costo beneficio social de las prestaciones médicas.**

### Seudo-competencia.

El sector privado y el estatal están "seudo-compitiendo", termino mas que apropiado pa-

ra definir la situación, ¿quien puede competir con quien tiene el poder de policia?, en otras palabras con quien es juez y parte. Lo posible y deseable es **reemplazar esta distorsión por la complementación de los sectores.**

### Compartimiento estanco.

El ministerio de Salud Pública, los entes descentralizados, las organizaciones gubernamentales las ONG, los prestadores privados, la Facultad de Medicina, actúan en forma incoordinada, fragmentada, lo cual impide la integración estructural y funcional de una autentica red de servicios, caos que se traduce en la práctica en un hecho cuya gravedad es imposible desconocer y dimensionar.

**Algunas cifras del sector Privado en nuestra provincia:** 1.121 camas. brindando prestación entre 80 al 90 % de la población de las Obras Sociales. Desde 1993 han dejado de funcionar 15 establecimientos .

### Porcentajes históricos de la distribución de los recursos de atención.

Honorarios médicos 28, 865 %
Gastos sanatoriales 21. 85 %
Bioquímicos 8. 44 %
Odontológicos 5. 43 %
Fármacos 19. 78 %
Otros 16, 44 %.

**Es necesario resaltar la importancia del sector privado como fuente de producción y de trabajo.** Aunque las comparaciones a veces puedan parecer odiosas, sirven en oportunidades para tomar conciencia de situaciones no muy evidentes a primera vista. Aerolíneas Argentina tiene 7000 trabajadores en relación de dependencia y muy pocas maquinas alquiladas, el sector privado de salud en nuestro país es propietario de mas 1200 establecimientos y mas de 600. 000 puestos de trabajo.

La supervivencia del sector privado esta permanente en riesgo por no tener una financiación cierta de los recursos lo que escapa a su responsabilidad directa.

### Asistencia social.

La asistencia social corresponde a aquella población que teóricamente **esta a cargo del estado, es decir el 50 % o mas de la provincia**, recibiendo aportes de la misma administración en forma directa o a través de organismos que dependen de ella como Lotería Correntina (IOSCOR solidario), además mínimos aportes de algunas entidades de bien público como las diferentes ONG o cooperadoras.

Este universo corresponde a los desocupados, los trabajadores en negro, los indigentes; en síntesis, la población más desprotegida y de mayor riesgo de la provincia.

Durante los últimos años aparecieron, el plan Chamigo hoy inexistente, que en realidad

no fue nada más que un blanqueo de los indigentes y últimamente el precitado IOSCOR Solidario. De este último no existe una opinión concreta, salvo que son asistidos exclusivamente a nivel hospitalario, lo cual hace suponer firmemente sólo una elección de tipo financiero.

Los hospitales de la provincia desde hace años se han incorporado a la atención de la seguridad social y de las prepagas, esto es y seguirá siendo materia de fuerte discusión. Por un lado genera para el hospital un recurso cuya realidad nadie ha evaluado (existe la posibilidad de mayores egresos) y por otra parte es un mecanismo de distorsión de las obligaciones prioritarias.

**No existen los elementos básicos que nos permitan trazar el perfil epidemiológico real**

Este hecho se debe a la reconocida deficiencia en la informatización del sistema de salud, esto lógicamente condiciona negativamente desde el perfil profesional a la planificación estratégica con enfoque de riesgo.

Es necesario entender el concepto de transición epidemiológica ya que de anticipar su curso dependerá tener o no un buen sistema de salud, movilizandolos recursos y produciendo servicios que reduzcan la inequidad y mejoren los indicadores.

**¿Cómo justificar el por que de nuestros indicadores de salud, siendo que en nuestra provincia hay varios hospitales de complejidad, existe una Facultad de Medicina en capital, otra recientemente inaugurada en Santo Tomé, dos universidades, la del Nordeste y la de la Cuenca del Plata y tienen además asiento en nuestra provincia delegaciones de otras universidades?**

¿Será talvez darle la razón a quienes sostienen, que los servicios de atención tienen un efecto muy bajo sobre los niveles de salud?

**Marco legal**

Marco Legal: Constitución Nacional, leyes y decretos modificatorios con referencia al mismo, leyes 23.660 y 23.661.

Ley de carrera hospitalaria, , , ,

La provincia de Corrientes tiene 88.199 Km<sup>2</sup>. 795.594 habitantes (censo 1991).

Mayores de 60 años 73.677 habitantes, 9,26 % del total.

Edad media de la población 27 años

Densidad 10,5 habitantes por Km.

Los departamentos de Capital y Goya representan el 43,6 % de la población total de Corrientes, . el 45 % de la población de la provincia tiene cobertura de la seguridad social.

**Sector estatal algunos datos estadísticos del año 1999**

Existen 248 establecimientos estatales con un porcentaje ocupacional del 56 %

Total de camas: 2.278 camas de las cuales existen en capital 940 camas y 1336 en el interior muchas no son operativas aun en las patologías prevalentes (resolutivas). Proporción cama / 1000 habitantes 3,7 Numero total de egresos 70.511. Relación egresos / población 7,6 % . Porcentaje de partos /egresos 24% . Cama disponibles /habitantes 2,4. Consultas externas 1480582 . Relación consultas /habitantes 1.59 de las cuales el 37.3 % fueron pediátricas, el 39.4 % medicina general, el 17% emergencias y 5.9 obstétricas Total de partos 14.376 . Total de cesáreas 2550 . Relación parto/cesarea 15%. Promedio días de estada H. Vidal 6.77 H. Escuela 5.49

**Patologías de notificadas** HIV 18, hepatitis 454, tuberculosis 292, lepra 59, sífilis 47.

*Características estructurales básicas del sistema vigente, inequidad, difícil accesibilidad, ausencia de información fehaciente, asistencialista, no existe una red sanitaria, alta mortalidad infantil.*

**Cantidad de profesionales**

Profesión	cantidad
Médicos	3536
Odontólogos	1145
Bioquímicas	408
Kinesiólogos	675
Enf. Universitarios	443
Farmacéuticos	492
Aux. enfermería	2408
Obstetras. Lic. enf.	143

**Datos 2003 Ministerio de Salud y OPS, divide a las provincias según nivel de ingresos por habitantes y lo relaciona con las causas muerte**

**Estrato 1**

Capital Federal, Chubut, La Pampa, Neuquen, Santa Cruz, Tierra del Fuego ; pobres 21.6%, enfermedades infecciosas 9.9% cáncer 21. % enfermedades cardiovasculares 36.1 %, accidentes y violencia 4.9 mortalidad infantil 10.9% mortalidad materna 1.9 por 10000 nacidos vivos

**Estrato 4**

**Corrientes**, Chaco Formosa Jujuy, Misiones; pobres 58.3% enfermedades infecciosas 10.7% cáncer 17.3% enfermedades cardiovasculares 24,4% accidentes y violencia 9.5% mortalidad infantil 21.7%, mortalidad materna 10 por 10000 nacidos vivos

**Pese a la conocida situación de Capital Federal y Buenos Aires, Corrientes esta en el estrato que tiene casi los mismos porcentajes de muertes por violencia y accidentes, el doble de mortalidad infantil y más de cin-**

co veces mortalidad materna por 10000 nacidos vivos

#### Algunos índices de nacionales comparados con los de Canadá

Disponibilidad de profesionales de la salud 1991-1992 totales y razón cada 10000 habitantes

	Argentina	Canadá	Argentina	Canadá
<b>Médicos</b>	88.800	60569	26.83	22.13
<b>Odentólogos</b>	21.900	14661	6.62	5.34
<b>Enfermeros</b>	18.000	262288	5.54	95.84
<b>Otros</b>	51.000	85539	15.41	31.26

El empleo en el sector salud creció durante las últimas décadas y a un ritmo más acelerado que la economía general existiendo un aumento creciente de la participación femenina en el sector salud en todos los niveles.

Existe una tendencia nacional a la desaparición del trabajo médico autónomo con tendencia al asalaramiento del mismo. Los odontólogos en general tienen un patrón opuesto, con una menor tendencia al asalaramiento y mayor propensión al trabajo autónomo.

La enfermería se caracteriza por ser preferentemente femenina, trabajar institucionalmente y ser muy estratificada en cuanto a la capacitación, la mayoría de los servicios tienen auxiliares de enfermería.

En los datos precedentes se observa la razón cada 10.000 habitantes de enfermeras en Canadá y Argentina como así también la relación médicos-enfermeras en ambos países.

Se debe tener en cuenta que Canadá fue considerado el país con mejor calidad de vida.

#### Cuestiones a resolver por el Estado

- Planificación estratégica
- Falta de Reglas de Juego Claras
- Solucionar la desfinanciación
- Dar mayor solidaridad al Sistema
- Atender a la crisis del ISOCOR y otras Obras Sociales
- Capacitación del recurso humano para lograr el perfil necesario
- Aplicación crítica de los modelos de gestión y auditoría de calidad.
- Dar universalidad, mayor equidad y accesibilidad al sistema.

#### OBRAS SOCIALES

Las obras sociales perdieron el derecho a recaudar directamente.

La recaudación esta centralizada.

Efecto: el ministerio de economía tomó el control de los ingresos y sus destinos

El costo de la atención médica crece más rápido que el financiamiento disponible y la pu-

ja distributiva se realiza intersectorial e intra-sectorialmente, cada sector prestador tiene una problemática particular de organización y comportamiento.

#### RASGOS GENERALES DEL SECTOR

##### SALUD

Quien consume no decide y quien decide no paga.

Imperfecta y asimétrica información al beneficiario.

La oferta crea su propia demanda y ajusta por cantidad.

Existen dificultades para medir la efectividad del gasto.

Existe un "imperativo tecnológico" que induce a gastar mas y a buscar la alta complejidad.

##### Para Pensar

El Estado recibe en la actualidad la capita de PAMI mas baja del país \$ 17,65 y el Sector Privado \$ 17,20, esto es el resultado concreto de la falta de inteligencia que significa la "competencia" de los subsectores. La cifra bma su real dimensión al proyectarla mensual y anualmente considerando que son mas de 50000 los afiliados de PAMI.

Esta no-complementariedad (seudo competencia estatal-privado) nos debe hacer reflexionar acerca de:

##### ¿Quién se beneficia con?

Menor Ingreso de fondos.

Que se ponga en riesgo subsistencia del sector privado.

Que la no-complementariedad, lleve al beneficiario, objetivo de todo sistema de atención a aumentar sus riesgos.

Es ampliamente conocido que el gasto médico global se ha incrementado por distintos motivos tales como, la incorporación de tecnología, las nuevas enfermedades y las patologías reemergentes, el incremento del uso de los servicios, el aumento expectativa de vida, aumento del costo de los medicamentos hoy paliada con el uso de los genéricos y planes racionales como el Remediar, la sobre prestación, la subprestacion, confusión. la ignorancia. Todas las variables precedentes llevan indefectiblemente contribuyen a la ineficiencia del sistema.

#### PARTICULARIDADES DEL SECTOR

Los servicios de atención de la "Salud" generan bienes económicos en forma directa o indirecta, el esquema tradicional lineal a dejado paso a una forma circular donde la salud aparece como motorizadora de la economía, lo que se nos aparece como totalmente lógica, como dejar de ver que la gente enferma o mas aun una sociedad enferma no solo no genera riqueza sino que además consume desmedi-

damente sus recursos. Debemos ir mas allá de la caridad o de a hipotecar el futuro para que podamos tener salud.

Se pretende injustificadamente someter a la salud a una cuestión de mercado, debemos admitir ella es un bien distinto de las mercancías y servicios que se adquiere en el mercado.

La atención de la salud es ante todo un derecho humano básico que demanda bienes y servicios de diferentes prestatarios: servicios médicos, sanatoriales, farmacológicos, odontológicos, etc. razón por al que de ninguna manera debe quedar expuesta a los avatares del mercado.

### **Complementariedad como meta**

Este objetivo es posible en el corto plazo, sus ventajas son tan evidentes que parece imposible que no se las tenga en cuenta, entre sus virtudes tenemos la de evitar la superposición de estructuras, el poder aprovechar racionalmente los recursos y conferirles una integridad e integración que de otra manera es un imposible. La complementariedad surge como una estrategia para desagregar los componentes negativos del actual sistema de atención de la población.

**El concepto de salud pública de economía privada y estatal, lleva implícita además la participación activa de ambos sectores en todas las acciones de salud incluso la cobertura de los grupos carenciados.**

Debemos destacar una vez mas lo negativo que significa el hecho que los diversos sectores de la salud trabajen en compartimentos estancos y que exista un enfrentamiento sistemático e irracional entre lo estatal y lo privado sin que se logre comprender que ambos son partes indisolubles del sistema.

**Lo anterior se agrava ante la grave situación de ambos sectores, que se evidencia en el estado de salud de nuestra gente.**

Que las máximas autoridades de salud del país reconozcan la grave situación del sector salud como también de los subsectores prestadores, nos hace guardar una tibia esperanza de que se comprenda la urgencia y gravedad de la realidad de la salud de nuestro país y **se avance mas allá del discurso.**

### **ESBOZO DE DIAGNOSTICO**

#### **Debilidades**

##### **a) La ausencia de un plan sistémico**

No tener un plan de salud que de armonía a la oferta considerada dentro de los parámetros que acabamos de ver y de la demanda acorde con el concepto de campos de salud, es la principal debilidad del sector salud y condiciona negativamente cualquier acción, restando operatividad a la ejecución. No existe una planificación conocida que concierte y de armonía

a la utilización de los recursos de los sectores públicos y privados con una orientación científico-técnica, humanizada y sistémica.

No se tiene en cuenta cómo operan los cambios demográficos en el largo plazo.

##### **b) La oferta no esta en armonía con la demanda.**

La oferta debe ser elaborada analizando la disponibilidad de los recursos humanos y físicos, tecnológicos y financieros dentro de una planificación estratégica.

##### **c) La oferta se confunde con la demanda.**

El avance tecnológico y la información a la que accedió el beneficiario junto a la disponibilidad de determinados tipos de prestaciones aumentaron el consumo en razón de que la oferta se transformo en demanda.

##### **d) Ausencia de créditos**

Las entidades privadas son Pymes pero ni sanatorios ni clínicas son consideradas como tales, el hecho se agrava con un financiamiento inseguro de las prestaciones.

##### **e) La salud no es considerada como política de Estado**

##### **f) Disminución de la seguridad**

Cada vez son menores los recursos, mayor el riesgo, menores los aportes, mayor la evasión

##### **g) Factores comunes.**

Como en otros sectores, existen factores que constituyen parte de la organización que se encarga de impedir, tales como el anteponer intereses sectoriales y particulares, la ignorancia con sus distintos disfraces. .

##### **h) Desconocimiento de los nuevos paradigmas**

Como vimos el perfil necesario para el ingreso al sistema es el médico de familia o generalista, esto en la practica no es reconocido. Pensemos cual es el destino de no tener las condiciones que se requieren para una tarea y vemos con facilidad cuales serán las consecuencia.

**i) Ausencia de integración e integralidad** de políticas provinciales municipales, nacionales, es decir de un diseño de organización que responda a un criterio de universalidad .

##### **j) Problemas laborales y demográficos.**

En la practica no se tiene en cuenta como prioridad el concepto de transición epidemiológica como meta de las acciones en planificación familiar y salud reproductiva, partes decisivas del sistema

##### **k) Falta de visión y de gestión.**

Salud: agua, aire, lugares, pero también salud educación, salud vivienda, salud y prestaciones provisionales.

##### **l) Ineficiencia.**

En nuestro país se gasta mas con otros países que tienen mejores indicadores, no se invierte racionalmente. No consideran estándares

res cuya aplicación garantice la calidad, no existe consenso de los actores, lo cual impide una atención coordinada y dirigida a objetivos específicos.

Un capítulo central que pasa desapercibido es el de **la ineficiencia clínica, uno de los centros claves de las reformas del sistema de atención de la salud**

Los datos del año 2000 de la OMS y los indicadores de Capital Federal, Chaco, Salta, Formosa, Jujuy, con datos del INDEC 1990-2000 revelan ineficiencia y desigualdades regionales muy marcadas.

**m) Se ignora o pretende ignorar.**

Que la calidad de la atención de la salud es una inversión económico social.

**n) Deficiencias en la red de apoyo social**

Tanto a nivel familiar como comunitario se evidencian un déficit de apoyo social cuyas consecuencias se consideran tan importantes como las que ocasionan factores de riesgo como el tabaquismo, obesidad, hipertensión.

## FORTALEZAS DEL SECTOR

**a) Existencia.**

No a sido fácil haber permanecido en pie.

**b) Atención sobre el problema.**

Este es el primer y obligado paso para comprender el problema de la salud, la medicalización de la desnutrición fue el gatillo para que la sociedad fijara su atención en este lamentable flagelo de nuestra provincia.

**c) Nacimiento del compromiso solidario**

Durante los últimos años un grupo significativo de importantes instituciones privadas, han entendido la profundidad y la gravedad de la situación y se están nucleando para dar las respuestas que la sociedad reclama

**d) Infraestructura y recursos humanos en permanente mejora**

La infraestructura esta extendida en todo el territorio provincial y existe además una permanente y continua capacitación de un grupo numeroso de profesionales. La mayoría de los programas de actualización y capacitación son autofinanciados

**e) Se tiene la posibilidad cierta de contar con capacitadores**

Existen capacitadores con formación universitaria en todas las áreas del sistema de salud. Debe quedar claro en el pensamiento de los que tienen que ejecutar los programas que estos se deben adecuar a las demandas del modelo.

**f) Existe un numero importante de planes**

Es importante la cantidad de planes que se están ejecutando. El espectro es amplio, abarca información, capacitación rural, planes de trabajo, planes alimentarios y de refuerzo alimentario, de huertas rurales, alimentación materno infantil, etc. .

## PROBABLES CURSOS DE ACCION

### Oportunidades del sector

**a) El discurso como herramienta.**

La salud es una sola y por lo tanto tiene una sola lógica, su eje es el hombre y su familia. El lenguaje construye.

Una oportunidad destacable para el sector de la salud radica en asumir como una realidad posible lo que expresan en sus discursos casi sin excepción aquellos a los que la sociedad considera como las máximas autoridades en salud, "**la salud es una sola**".

El que reiteradamente las autoridades expresen que esto es así, nos permite abrigar con fuerza y cautela, la esperanza de **que en un futuro inmediato los subsectores se puedan complementar** y se brinde la posibilidad de demostrar que ambos pueden colaborar no solo en lo asistencial sino además en objetivos prioritarios como son la promoción y la prevención.

Entender esto nos permite concretar la idea **que lo subsectores tengan todos la posibilidad de intervenir en los proyectos poblacionales**, corazón de las políticas de salud,

**b) Concientización**

Muchos dirigentes han entendido que se debe **lograr la integralidad del sistema** y mas aun ahora en la profunda y compleja crisis que abarca desde la credibilidad en las acciones de gobierno a la incierta económico financiera y presupuestaria existente.

**c) Demografía**

Las políticas sanitarias deben necesariamente tener presente las tendencias demográficas, el no tener claramente integrado este concepto hará que la planificación estratégica encierre la semilla de un inexorable fracaso, en un tiempo mucho mas corto que lo que era de esperar en generaciones anteriores.

La **oportunidad de la ventana demográfica**. La paradoja según los especialistas en demografía es que nuestros indicadores demográficos posibilitan que las desigualdades puedan ser generadoras de oportunidades, a este hecho los economistas de la salud denominan ventana demográfica.

La población activa ocupa pocos servicios onerosos ya que un alto porcentaje de la población se encuentra en edades productivas de 15 a 64 años. En realidad la ventana demográfica es una forma de sacar provecho a una situación desgraciada.

Otro concepto relacionado es el de **transición de la salud**, entendida como un **proceso continuo de cambio que tiene un patrón identificable en el largo plazo**. Entender de esta manera a la transición nos permite contar con una herramienta analítica muy útil para el análisis de los procesos de cambio, demográficos y de la atención de la salud.

No es difícil imaginar la importancia de saber de que se muere, se enferma la gente, a que edad, en que lugar esto ocurre, cual es la carga mortalidad versus morbilidad y como responderá la sociedad organizadamente a través de su sistema de salud. Es en esto que radica y consiste básicamente la importancia del concepto transición de la salud.

### **El cambio hacia las prioridades**

Se a comenzado aunque lentamente a entender que significa salud, cual es el significado de la misma cerca de la casa, en las escuelas, en los lugares de trabajo. Esto a instalado en muchos sectores el concepto de necesidad, requisito básico para entablar las demandas

### **Capacitación**

Tenemos la posibilidad cierta de contar con los medios necesarios para el cambio en el modelo médico, una demanda para el perfil profesional necesario y para la formación profesional en medicina basada en la evidencia.

### **Planes en ejecución**

Existe una cantidad de planes en ejecución que deben ser conocidos por los diferentes actores, el conocer lo planes brindara la oportunidad de realizar acciones sistémicas, lo cual es imprescindible para integrarlos en todo los niveles, lo cual debe ser considerado como de máxima prioridad.

### **AMENAZAS**

#### **Compartimentos estanco.**

No podemos ser ingenuos y olvidarnos que son muchos los que piensan que se pueden salvar solos, este mal, somos concientes, no respeta ninguno de los sectores. Acorde con esto no son ni serán pocos los que pretendan sacar réditos tanto personales como sectoriales aun en contraposición con los derechos del conjunto. Son ellos los que pretenderán poner en funcionamiento a costa de las instituciones gubernamentales o no y aun de las personas, todos los mecanismos para evitar que se lleve a la practica lo que se considera como fundamental, la complementación de todos los sectores

**La complementación es un requisito ineludible para accionar como un verdadero sistema.**

La red sanitaria se asienta en una visión holística de la salud, reafirmando un concepto cada vez mas firme, el que **la salud es una sola y por lo tanto su filosofía y su lógica también lo son.**

#### **Información asimétrica.**

La falta de información implica como mínimo explotar la ignorancia, ya que entre otras cosas hace creer que tanto la salud y como su

promoción son patrimonio exclusivamente de un sector.

Todos debemos dentro de nuestras posibilidades constituirnos en promotores de la salud a través de la educación y la colaboración multisectorial y accionar positivamente para que se cumplan los prerequisites de salud.

### **ESBOZO DE PLAN ESTRATEGICO**

- Firmeza de las decisiones en las políticas de salud.
- Participación activa de los subsectores
- Protagonismo social
- Soporte técnico científico adecuado medicina basada en la evidencia
- Disminución del hospitalocentrismo
- Descentralización
- Separar financiamiento de prestación
- Complementariedad
- Pago por resultados
- Gestión profesionalizada
- Contención del gasto y extensión de la cobertura

### **ESCENARIO NACIONAL/INTERNACIONAL**

A nivel **internacional no existen planes de salud uniformes**. En Canadá la planificación estratégica en líneas generales tiene dos aspectos básicos por un lado que la atención de la salud es responsabilidad casi exclusiva del estado y por otro se han preocupado verdaderamente desde décadas atrás para modificar el modelo médicos y que sus profesionales adquieran con preferencia el perfil de médicos de familia lo cual esta en total armonía con lo planificado. Canadá es considerado como el país con mejor calidad de vida.

En los Estados Unidos la situación es distinta, es mas heterogénea, existen casi 30 millones de personas que están fuera de la seguridad social . Los servicios hospitalarios son privados casi en la totalidad, aun cuando existen hospitales están destinados los niveles inferiores del tejido social. No existe un plan unificado, pero han comprendido la necesidad de formar profesionales de acuerdo a la demanda social y en este sentido han reorientado los esfuerzos para generar en el mediano plazo médicos de familia con capacidad resolutive de las patologías prevalentes.

Tan fuerte es la necesidad de cambiar que la universidad de Harvard renuncio a hacer que los cambios curriculares fueran progresivos y los operativizó en forma brusca conciente de los tiempos y de los riesgos valorando positivamente los réditos. Otras universidades de prestigio se fueron sumando rápidamente.

En realidad podemos sintetizar a los modelos de salud, tipo los de seguridad social, los sistema de salud y el sistema liberal, en nuestro país están presente todos, (ver anexo).

## ESCENARIO NACIONAL

Los planes exitosos de otros lugares sirven únicamente de referencia. Para pretenda adoptar exitosamente los programas se deberán realizar las modificaciones necesarias para integrarlos al contexto. Existen claras evidencias que el médico de familia hoy es el perfil adecuado para llevar a cabo el desafío que significa la estrategia de atención primaria de salud (APS). Lamentablemente no son pocos los que ignoran y tampoco son pocos los que no tienen en cuenta que este tipo profesional requiere una formación distinta. Es este olvido lo que hace que se pretenda de la noche a la mañana por algún mecanismo mágico convertir a los profesionales existentes y con una formación diferente convertirlos en médicos idóneos para el nuevo modelo. No podemos sin embargo dejar de sentir un optimismo expectante ya que desde el Ministerio de Salud de la Nación se ha informado la firma de convenios con distintas facultades de Medicina. Universidad del Nordeste todavía no lo ha podido concretar para haber solicitado dicho acuerdo.

## ESCENARIO A CORTO PLAZO

**El primer paso es crear un espacio de debate y confirmación del diagnóstico de la realidad de nuestra provincia con actitud y conocimientos científicos .**

Este espacio de debate no será posible si no acepta un sinceramiento de los actores y **cambiar las leyes de la autoridad por las leyes de la razón lo cual implica una verdadera hazaña ética.**

A corto plazo, se necesita, implementar las bases del marco legal adecuado para la **complementación de los subsectores del sector salud** . Esta complementación es el único camino para hacer que la medicina haga realidad sus objetivos fundamentales: promover, prevenir, atender, recuperar, rehabilitar, posibilitar una mejor calidad de vida.

## ESCENARIO A MEDIANO PLAZO

**Si se logra la complementación** se podrá empezar a caminar un nuevo rumbo que contemple a la salud como lo que es, un derecho y a la medicina como su herramienta necesaria pero no única. La creación de una entidad con participación democrática de los sectores, posicionada en la realidad del medio, nos permitirá ejecutar y evaluar correctamente el proceso en forma global y continua, retroalimentando permanentemente el sistema y corrigiendo los posibles desvíos.

## IMPLEMENTACION DE MEDIDAS Y PROPUESTAS

### A corto plazo

Es prioritario que los sectores acepten la realidad en la que se encuentra nuestra pro-

vincia para lo cual se deberán sincerar los déficit que cada sector tiene, atenuando los intereses sectoriales. . En síntesis, se debe tomar conciencia de que aisladamente no se puede hacer absolutamente nada positivo para la salud y esto significa, en primera instancia, hacer un plan estratégico que contemple una perspectiva integrada de todos los recursos físicos, humanos y financieros.

### Objetivos prioritarios

- **Enfoque de riesgo** de las decisiones y acciones a tomar
- **Coordinación** de los planes en ejecución
- **Mejorar la gestión** en salud
- Crear una **red de salud**
- Asegurar la accesibilidad y equidad
- La atención **materno infantil**
- **Relacionar** fuertemente el área de la salud sistémica y sistemáticamente con todas las otras áreas de gobierno
- **Presupuestos** por programas y resultados
- **Especificar** claramente actividades y tareas
- **Centralizar** la conducción política, las normas generales y la articulación
- **Descentralizar:** a) la asignación presupuestaria, definiendo ordenadamente la relación de los municipios con el sector de la salud b) la conducción operativa c) la evaluación de resultados.
- **Capacitación del personal** de los distintos niveles, acorde con el modelo, imprescindible para la aplicación de la APS. La capacitación debe ser continua y permanente.

### A mediano plazo y/ o largo plazo

El plan deberá estar basado en un fuerte apoyo político y técnico-científico que le asegure continuidad y un trabajo dinámico e incluso de todos los sectores de salud

**Trabajo conjunto con las universidades** para la formación del profesional acorde con la estrategia de atención primaria de la salud.

**Establecer una relación estructurada** con las Organizaciones no Gubernamentales tendiente a mejorar la calidad de vida.

**Articulación formal de los subsistemas** para formar una sólida y verdadera red de salud. .

**Garantizar a la población** las prestaciones de la gente independiente de su condición social o económica.

**Desplazar el eje hacia la promoción y la prevención** de la salud como lo indican las evidencias del informe Lalonde.

**Acreditación, categorización de los recursos físicos y humanos.**

### RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

El reordenamiento de los recursos hará que se pueda realizar una oferta ordenada posibilitando brindar servicios adecuados a la deman-

da y evitar que se confunda oferta con demanda.

Los recursos financieros se ven disminuidos por el desempleo, la disminución de los aportes patronales y la evasión. El estado a su vez empeora la situación de los planes especiales de ayuda que no forman parte de la seguridad social, no tienen aporte jubilatorio ni cobertura sanitaria y se amplía la deuda con pseudo monedas. Todas estas variables afectan lógicamente la recaudación de la seguridad social siendo imprescindible realizar las correcciones para modificarlas.

Es necesario que no se demore la disponibilidad de los fondos recaudados dentro de la AFIP o de cualquier otro organismo estatal o no, a los agentes del seguro y desde allí a los prestadores.

Se deberán pensar y concretar formas alternativas de financiación, el esquema, prestación estatal, financiamiento estatal, prestación privada, financiamiento privado, no debe ser considerado como la única alternativa. ¿por qué no?. Prestación privada financiamiento estatal.

## **CONTROL Y MONITOREO**

El control debe ser del proceso de resultados y del impacto. -Hoy existe posibilidad teórica de información estadística que nos permita realizar estudios comparativos que pueden ser utilizados como parámetros válidos útiles.

El un cambio cultural, significa adquirir una actitud distinta a la tradicional mucho más abarcativa, ya no basta con hacer el bien y no hacer el mal debemos en nuestro camino a la excelencia, sumar a nuestra gestión ética, eficacia, eficiencia, efectividad, justicia y respeto por la autonomía de las personas.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Estadísticas Hospitalarias 1999. Provincia de Corrientes.
- OPS Promoción de la Salud una Antología 1995
- J. Turabian. Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria. Díaz de Santo 1995
- G. E. Dever Epidemiología y Administración de Servicios de Salud OPS 1991
- G. González García Tobar. Más Salud por el mismo dinero Ediciones Isalud 1999
- G. Malagon -Londoño, R. Galán Morera, G. Ponton Laverte. Auditoría en Salud Editorial Panamericana.
- J. Estes N. Engl. J. Med. 1981: 305;1040